

Envíe la copia llena por correo a:

Department of Labor and Industry  
 PO Box 64221  
 St. Paul, MN 55164-0221  
 (651) 284-5030 ó  
 1-800-342-5354 (DIAL-DLI)

## R-8

# Aviso de Conclusión del Plan de Rehabilitación (Notice of Rehabilitation Plan Closure – Spanish version)

NO USE ESTE ESPACIO

Escriba las fechas en el formato MM/DD/AAAA.

1. FECHA DE LA CONSULTA DE REHABILITACIÓN: (#27 en el formulario R-2)					
2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	3. FECHA DE LA LESIÓN	8. NOMBRE DEL QRC			
4. NOMBRE DEL EMPLEADO		9. DIRECCIÓN			
5. NOMBRE DEL EMPLEADOR DE LA FECHA DE LA LESIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
6. ASEGURADOR/AUTO-ASEGURADOR/ADMINISTRADOR TERCERO		10. No. DEL QRC	11. No. DE LA FIRMA DEL QRC	12. TELÉFONO	
7. NÚMERO DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADOR		13. NOMBRE DEL ÚLTIMO PROVEEDOR DE REHABILITACIÓN		14. No. DE LA FIRMA DEL PROVEEDOR	
<b>15. SITUACIÓN DE EMPLEO AL CONCLUIR EL PLAN</b> (marque uno) <input type="checkbox"/> a. El empleado regresa a trabajar con el empleador de la fecha de lesión <input type="checkbox"/> b. El empleado regresa a trabajar con un empleador distinto <input type="checkbox"/> c. El empleado no tiene trabajo (Vaya al renglón 21)		<b>21. MOTIVO POR EL CUAL CONCLUYÓ EL PLAN DE REHABILITACIÓN</b> (marque uno) (vea las instrucciones al dorso) <input type="checkbox"/> a. Plan concluido (el empleado regresó a trabajar a un empleo apto y remunerativo) <input type="checkbox"/> b. Decisión por estipulación/mediación <input type="checkbox"/> c. Orden del Comisionado o de un Juez de Compensación <input type="checkbox"/> d. Empleado y asegurador han acordado concluir el plan <input type="checkbox"/> e. No se ha podido localizar al empleado <input type="checkbox"/> f. Muerte del empleado <input type="checkbox"/> g. QRC se retira del caso			
<b>LLENE DEL 16 AL 20 SI EL EMPLEADO REGRESÓ AL TRABAJO</b>					
16. EMPLEADOR AL CONCLUIR EL PLAN					
17. OCUPACIÓN AL CONCLUIR EL PLAN					
18. Sueldo bruto semanal al regresar a trabajar	19. FECHA DE REGRESO AL TRABAJO	22. ¿Tenía el empleado un abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		23. FECHA DE CONCLUSIÓN DEL PLAN	
20. REGRESO AL TRABAJO: <input type="checkbox"/> Mismo trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo modificado <input type="checkbox"/> Trabajo distinto		24. Marque si se proporcionaron los servicios: <input type="checkbox"/> Capacitación en el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Recapacitación			
25. Costo de los servicios <b>previos</b> de la Firma del QRC que no fueron de colocación				\$	
26. Costo de los servicios <b>actuales</b> de la Firma del QRC que no fueron de colocación				\$	
27. Costo de cualquier colocación de empleo y desarrollo del empleo proporcionados por la Firma del QRC <b>anterior</b>				\$	
28. Costo de cualquier colocación de empleo y desarrollo del empleo proporcionados por la Firma de QRC <b>actual</b>				\$	
29. Costo de colocación de empleo y desarrollo del empleo por Proveedor(es) de Rehabilitación Registrado(s) (incluso CARF acreditado)				\$	
30. Costo de otros servicios de rehabilitación (recapacitación, capacitación en el lugar de trabajo, reubicación, exámenes, etc.)				\$	
31. Costo total de los servicios de rehabilitación (sume los renglones 25 a 30)				\$	

**Al firmar este formulario, certifico que se están enviando copias de este formulario y documentos adjuntos al asegurador, abogado(s), Departamento del Trabajo y la Industria, y de ser requerido a la Unidad de Rehabilitación Vocacional, y al empleado a la siguiente dirección:**

32. Firma del QRC	33. Fecha en que se llenó el formulario
-------------------	---

**EMPLEADO: SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE LA CONCLUSIÓN DE ESTE PLAN DE REHABILITACIÓN, LLAME AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y LA INDUSTRIA AL 651-284-5032 O AL 1-800-342-5354**

## Instrucciones para el QRC

El formulario de Aviso de Conclusión del Plan de Rehabilitación (R-8) debe ser presentado ante el Departamento del Trabajo y la Industria en el transcurso de 30 días civiles desde que se sepa que: (Véase las Reglas de Minnesota 5220.0510, incisos 7 y 7a)

- a. el empleado ha estado trabajando continuamente en un empleo apto y remunerativo por 30 días o más, o durante el período de tiempo provisto en el plan
- b. los beneficios de rehabilitación del empleado han cesado debido a una decisión por estipulación o decisión por mediación
- c. el comisionado o un juez de compensación ha ordenado que el plan de rehabilitación se concluya y no se ha presentado ninguna apelación por ello a tiempo
- d. el empleador y el asegurador han acordado concluir el plan de rehabilitación
- e. el QRC no ha podido localizar al empleado, habiendo hecho esfuerzos de buena fe
- f. el empleado ha muerto
- g. el QRC decide retirarse del caso después de que el asegurador ha proporcionado información por escrito al empleado, al abogado del empleado, al comisionado y al QRC de que el asegurador niega más responsabilidad por la lesión por la cual se están proporcionando los servicios de rehabilitación. **En esta situación, el QRC debe presentar un formulario R-8 y anexar una copia del aviso de negación del asegurador, enviando copias a las partes apropiadas, incluyendo una copia por separado a la Unidad de Rehabilitación Vocacional del Departamento.**

**NOTA:** Esto no se aplica si una reclamación, objeción a la discontinuación, solicitud de una conferencia administrativa o cualquier otro documento que comience una litigación ha sido presentado por el asunto de responsabilidad. Si uno de estos documentos ha sido presentado y el QRC decide retirarse del caso, el QRC deberá documentar su retirada presentando un formulario de Enmienda al Plan de Rehabilitación (R-3).

ADJUNTE UN INFORME DE CONCLUSIÓN RESUMIENDO LOS SERVICIOS PROVISTOS. (Véase la Regla de Minnesota 5220.0510, inciso 7(4))

Envíe copias del formulario R-8 al empleado, asegurador y abogado(s). Si el asegurador está negando más responsabilidad, envíe una copia por separado a la Unidad de Rehabilitación Vocacional del Departamento.

***Este material está a su disposición en diferentes formas, tales como letras grandes, Braille o cinta grabada. Para solicitarlo, llame al (651) 284-5030 o al 1-800-342-5354 (DIAL-DLI)/Voz o TDD (651) 297-4198.***